

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma 2013-2016

*Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnat
Seurantaraportti 2014*

Hannu Vessari

Sisällysluettelo

Sisällysluettelo	2
Johdanto	3
Järjestämissuunnitelman päivitykset	4
Terveydenhuollon järjestämissuunnitelman painopisteiden toteutuminen	4
Perusterveydenhuollon vahvistaminen	4
Kuntien erikoissairaanhoidon palveluiden järjestäminen	7
Päihde- ja mielenterveyspalvelut.....	7
Sopimusohjausjärjestelmän uudistaminen	8
Tietojärjestelmäyhteistyö	9
Järjestämissuunnitelman toteuttaminen kunnissa ja sairaanhoitopiirissä	11
Toimenpide-ehdotukset	12
Kuvaliitteet.....	13

Johdanto

Terveydenhuoltolaki (1326/2010), joka tuli voimaan 1.5.2011, edellytti, että sairaanhoitopiirien kunnat laativat terveydenhuollon palvelujen järjestämissuunnitelman. Tarkemmin suunnitelmasta on määrätty valtioneuvoston asetuksella 337/2011 sekä Kuntaliiton yleiskirjeellä 21/80/2011. Laki ohjeistaa pitkälle järjestämissuunnitelman sisältöä. Oikein käytettynä terveydenhuollon järjestämissuunnitelma on mahdollisuus alueen yhteistoiminnan kehittämiseen. Suunnitelman toteutumisen säännöllinen arviointi antaa tietoa eri kuntien kehityksestä, ja mahdollistaa hyvien kokemusten jakamisen.

Pirkanmaalla Terveydenhuollon järjestämissuunnitelma hyväksyttiin alueen kunnissa marraskuussa 2012 ja sen jälkeen sairaanhoitopiirin valtuustossa joulukuussa 2012. Ensimmäinen järjestämissuunnitelman seurantaraportti tehtiin vuosi sitten.

Seurantaraportin pohjana käytetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämästä tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANetistä saatavia kuntakohtaisia tietoja, sekä erikseen jäsenkunnille lähetetystä webropol-kyselystä saatuja vastauksia. SOTKANetin tilastojen vahvuutena on tietojen kohtalaisen hyvä vertailtavuus sekä useista indikaattoreista saatavilla olevat pitkät aikasarjat. Ongelmana kuitenkin on tietojen hidas saatavuus, minkä vuoksi raportissa voidaan käyttää vuoden 2013 tietoja. Webropol-kyselyllä saadaan kerättyä myös muuta kuin numeerista tietoa, mutta kyselyn yksityiskohtaisuus ja laajuus on rajoitettu. Tänä vuonna kyselyyn vastasi yhteensä 17 jäsenkuntaa, joiden alueella toimii yhteensä 13 terveyskeskusta tai muuta terveystaloutta tuottavaa organisaatiota.

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa nostettiin Pirkanmaalla erityisesti viisi tärkeäksi koettua painopistettä. Nämä ovat perusterveydenhuollon vahvistaminen, kuntien erikoissairaanhoidon järjestäminen, päihde- ja mielenterveyspalvelut, sopimusohjausjärjestelmän uudistaminen ja tietojärjestelmäyhteistyö. Raportti on koostettu tarkastellen erityisesti näiden painopistealueiden kehittymistä niiltä osin, kuin tietoja on kohtuudella saatavilla. Raportin pohjana on järjestämissuunnitelman lisäksi viime vuonna tehty seurantaraportti, joka samalla toimi alkutilanteen kartoituksena. Raportin loppuun on kirjattu seurannan perusteella ehdotetut toimenpidesuositukset seuraaville vuosille.

Vuoden 2014 alussa tekninen vastuu seurannan toteuttamisesta siirrettiin Tampereen kaupunkiseutu ry:ltä Tampereen kaupungin Terveyden ja toimintakyvyn edistämisen tilaajayksikölle. Sitä varten kunnat ovat nimenneet työryhmän, johon ovat kuuluneet seuraavat henkilöt tai heidän varajäsenensä: Liehu Tuula, Sosiaali- ja terveysjohtaja, Jämsä; Ylä-Mononen Jaana, vs. Perusturvajohtaja, Virrat-Ruovesi; Rauhala Saara, tilaajajohtaja, Mänttä-Vilppula; Auvinen Oskari, kansliapäällikkö, Kehyskunnat; Haapala Toni, hyvinvointipalvelujen talousjohtaja, Kehyskunnat; Nokso-Koivisto Pekka, ylilääkäri, Kolmostie vpj.; Lemmetty Arto, tilaajapäällikkö, Tampere pj.; Lehtomäki Erkki, sairaalan johtaja, Tampere; Tryyki Päivi, sosiaali- ja terveysjohtaja, Sastamala; Kulmala Teija, ylilääkäri, Valkeakoski/Akaa/Urjala; Kujansuu Erkki, hallintoylilääkäri, PSHP; Holmberg-Marttila Doris, vastuualuejohtaja, PSHP; Oksala Jarkko, tietohallintojohtaja, Tampere; Jokela Antti, tietohallintojohtaja, PSHP. Vuoden lopulla Jaana Ylä-Monososen tilalle seurantaraporttiin tuli Virtain perusturvajohtajaksi valittu Jaana Männikkö.

Järjestämissuunnitelman päivitykset

Terveystalolaki edellyttää, että säännöllisen toteutumisen seurannan lisäksi järjestämissuunnitelmaa täytyy tarvittaessa päivittää. Vuoden 2014 aikana havaittiin tarvetta suunnitelman päivittämiseksi kolmessa eri aiheessa: Päivystyspalveluiden osalta muutostarvetta ilmeni Jämijärvellä tapahtuneen lento-onnettomuuden yhteydessä erityisesti psykososiaalisen tuen järjestämisestä sekä päivystysasetuksen voimaantumisen tuomien muutosten vuoksi. Toinen päivittämistä vaativa osuus havaittiin tietojärjestelmäyhteistyössä. Valtakunnallinen kuntaliiton VAKAVA-hanke päättyi vuoden 2014 aikana, ja sen pohjalta on käynnistetty jatkokehitystyötä sekä alueellisesti, että valtakunnallisesti. Kolmantena päivittämisen kohteena oli järjestämissuunnitelmasta aiemmin puuttunut palliatiivisen hoidon järjestäminen. Näistä mainituista kaksi ensin mainittua muutosta ovat edelleen valmistelussa. Osuus palliatiivisen hoidon järjestämisestä on lisätty järjestämissuunnitelmaan joulukuussa 2014.

Terveystalouden järjestämissuunnitelman painopisteiden toteutuminen

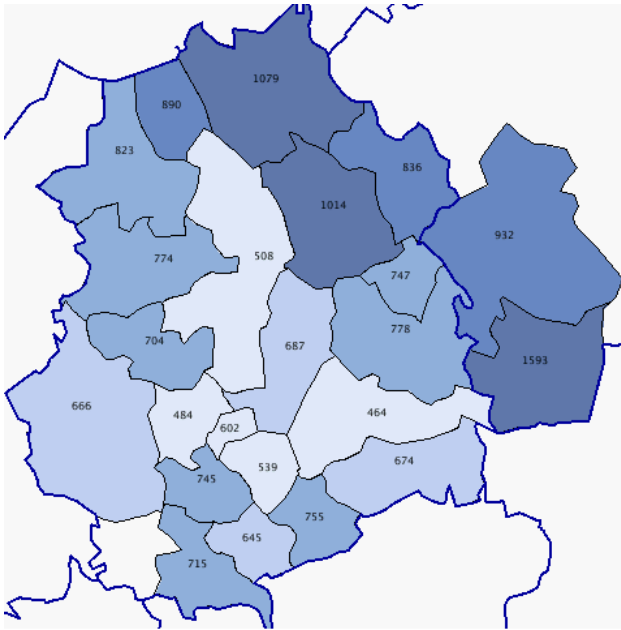
Perusterveydenhuollon vahvistaminen

Vuotta 2014 on voimakkaasti leimannut sosiaali- ja terveystalouden järjestämislaainsäädännön uudistus, jonka etenemistä voitaneen kuvailla hyvin hankalaksi. Hallituksen ehdottama malli on muuttunut viimeisen vuoden aikana merkittävästi useampaankin kertaan, ja nyt viimeisimpänä eduskunnalle annettussa hallituksen esityksessä on useiden asiantuntijoiden ja poliitikkojen mukaan vakavia perustuslaillisia ongelmia juuri kuntien itsemääräämisoikeuteen liittyen. Raporttia kirjoitettaessa ei perustuslakivaliokunnan mietintö ole vielä valmistunut. Uudistuksen eteneminen kuluvan hallituskauden aikana on vielä epävarmaa.

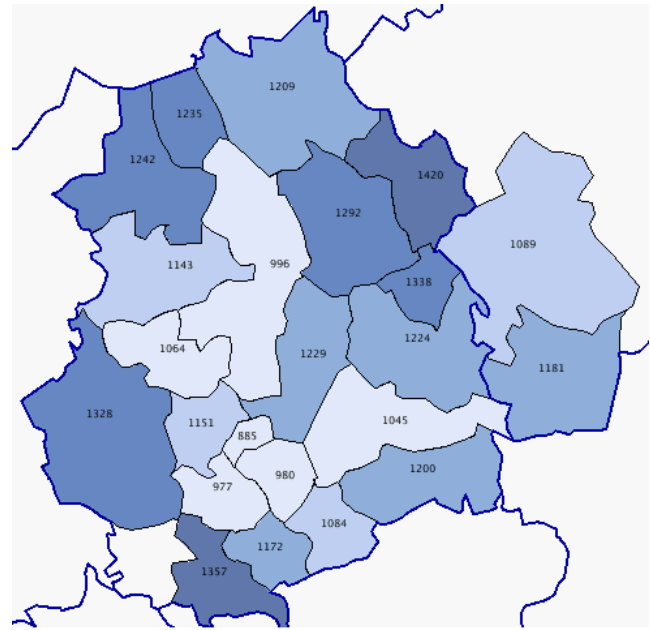
Perusterveydenhuollon vahvistaminen on usein käytetty termi, mutta se ei käytön yleisyydestä huolimatta ole määriteltävissä yksiselitteisesti, eikä sen mittaamiseen ole mitään yksittäistä, kaikenkattavaa mittaria. Näin ollen kehityksen suuntaan täytyy arvioida useiden eri mittareiden avulla.

Kuvissa 1 ja 2 on jäsenkuntien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon euromääräiset kustannukset asukasta kohden vuonna 2013. Kokonaisuudessaan PSHP:n alueella Sotkanetista saatavien tietojen mukaan perusterveydenhuollon (mukaan lukien hammashuolto) asukaskohtaiset kustannukset nousivat 1,5% ja erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset kustannukset puolestaan 6,1%. Samaan aikaan PSHP:n alueen kuntien verotulot nousivat 6,6% ja valtionosuudet 10,1% asukasta kohden. Kuntien lainakanta asukasta kohden nousi 10,1% ja suhteellinen velkaantuneisuus nousi 43,5%:sta 43,7%:iin. Terveystalouteen käytetyt taloudelliset voimavarat ovat siis hieman kasvaneet nimellisarvoisesti. Jos huomioidaan vuoden 2012-2013 terveystalouden hintojen nousu (terveystalouden hintaindeksi 125,5 vuonna 2012 ja 127,8 vuonna 2013, nousua 1,8%), ovat perusterveydenhuollon reaaliset kustannukset vähentyneet ja erikoissairaanhoidon reaaliset kustannukset nousseet vuodessa n. 4,7%.

Perusterveydenhuollon osuus kuntien budjetissa vaihteli vuoden 2013 aikana Ylöjärven 3,5%:sta Kuhmoisten 35,8%:iin, kuntien keskiarvon ollessa 16,6%. Vuonna 2014 samat budjettiosuudet olivat keskimäärin 17,6%, ja vaihteluväli Ylöjärven 2,6%:sta Kuhmoisten 35,0%:iin.



Kuva 1: Perusterveydenhuollon kustannukset per asukas vuonna 2013. Lähde: Sotkanet.



Kuva 1: Erikoissairaanhoidon kustannukset per asukas vuonna 2013. Lähde: Sotkanet.

Perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen peittävyys, eli se osuus väestöstä, joka on vuoden aikana käyttänyt terveyskeskuslääkärin palveluja, on Pirkanmaalla pysynyt varsin samana viimeisten 3 raportoidun vuoden aikana, ollen 49.4% vuonna 2011 ja 49.8% vuonna 2013. Peittävyys eri kunnissa on pääsääntöisesti 60% molemmiin puoliin vuonna 2013, mutta joukosta erottuvat Ylöjärvi (39.1%), Tampere (42.7%), Lempäälä (45.7%) ja Sastamala (47.1%). Ruoveden erittäin matala peittävyys 6.6% lienee virhe tilastoinnissa. Korkeimmat peittävydet vuonna 2013 Pirkanmaalla oli Kihniössä (73.2%) ja Parkanossa (72.6%).

Perusterveydenhuollon lisäksi perustason sairaanhoidonpalveluja tarjoaa myös työterveyshuolto sekä yksityiset terveystalot. Työterveyshuoltojen sisältö erityisesti sairaanhoidonpalveluiden osalta on kuitenkin riippuvainen työnantajasta ja vaihtelee lakisääteisestä, hyvin niukasti sairaanhoitopalveluja sisältävästä palvelusta hyvin laajoihin sairaanhoitopalveluihin. Työterveyshuollon käyttöasteista ei ole saatavilla kattavia kuntakohtaisia tietoja. Epäsuorana mittarina voidaan kuitenkin ajatella 15-64-vuotiaiden osuutta perusterveydenhuollon käyttäjistä. Pirkanmaalla tämä osuus on laskenut vuoden 2010 53,0%:sta vuoden 2013 49,4%:iin. Samaan aikaan kuitenkin tämän väestöryhmän suhteellinen osuus on myös vähentynyt 66%:sta 64,1%:iin. Absoluuttiset käyntimäärät ovat tässä ikäryhmässä samana aikana laskeneet koko Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella 1445 käynnistä/1000 vastaavanikäistä 982 käyntiin/1000 vastaavanikäistä, eli jopa 32%. Kaikki lääkärikäynnit perusterveydenhuollossa vähenivät 1801 käynnistä/1000 asukasta 1274 käyntiin/1000 asukasta, eli 29%. Vähentyminen on siis suhteellisesti ollut suurempaa työikäisten palveluiden käytössä kuin väestöosuudessa, varsinkin kun huomioidaan työttömyysasteen kasvu 12%:sta 13,2%:iin. Tämä saattaa kertoa työterveyshuollon ja yksityisten palveluiden suhteellisesta korostumisesta perusterveydenhuollon lääkäripalveluihin nähden. Johtopäätöksiä tehtäessä on kuitenkin muistettava, että pelkät käyntimäärät eivät yksinään kerro palveluiden sisällöstä tai laadusta. Koko maan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kehitys perusterveydenhuollon avopalveluissa on ollut samankaltaista. Vähentyminen on kuitenkin ollut voimakkaampaa Pirkanmaalla koko maahan nähden sekä avohoidon lääkärikäynneissä että muissa avohoidon käynneissä muilla ammattiryhmillä.

Terveyskeskuslääkärille pääseminen on hieman heikentynyt vuoteen 2013 nähden, ja vaihtelu eri kuntien välillä on suurta. Kolmanteen varattavissa olevaan lääkäriaikaan, eli ns. T3-aika, oli vuoden 2013 lokakuussa keskimäärin 17,3 vuorokautta, kun taas lokakuussa 2014 samainen aika oli keskimäärin 20,1 vuorokautta. Selvästi nopeimmin lääkärin vastaanotolle pääsi Ylöjärvellä (T3-aika 1 vrk) ja Lempäälässä (T3-aika 2 vrk), kun taas selvästi pisin odotusaika oli Akaassa (T3-aika 60 vrk).

Päivystyksen käyntimäärien mittaaminen toimii epäsuorana mittarina terveyskeskuksen palvelujen saatavuudelle. Seuranta varten käytössä on PSHP:n perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käyntimäärät ikäihmisten osalta. Vuosien 2012-2014 välisenä aikana päivystyskäyntien väestömäärään suhteutettu määrä Pirkanmaalla on tasaisesti lisääntynyt sekä 75-84-vuotiaiden, että 85 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä. Eri jäsenkuntien välillä on suuria eroja. Tilaston antama kuva ei ole täydellinen, sillä siitä puuttuu päivystyskäynnit terveyskeskusten omissa päivystyksissä. Tämä vähentää tässä tilastossa näkyviä käyntimääriä erityisesti niiden kuntien kohdalla, joissa omien päivystyspalveluiden saatavuus on parempaa. Edellä mainittujen ikäryhmien käyntimäärät PSHP:n päivystyksissä kuntakohtaisesti ovat kuvallitteessa kuvissa 3 ja 4 raportin lopussa.

Vuonna 2014 Pirkanmaalla toimi ympärivuorokautisia päivystyspisteitä Tampereella, Valkeakoskella, Sastamalassa, Parkanossa, Nokiolla sekä Jämsässä. Acutaa lukuun ottamatta kaikissa muissa yöaikaan toimivissa päivystyksissä oli lääkäriresurssi toteutettu ostopalveluna. Vuoden 2015 alussa voimaanastuva päivystysasetus tulee vähentämään ympärivuorokautisten päivystyspisteiden määrää, vaikka varsinaisesti päivystysasetus koskee ns. "päivystyspisteitä", ei niinkään terveyskeskuksissa toimivia virka-ajan ulkopuolella toimivia kiireellisiä lääkärinvastaanottoja.

Jäsenkuntien vastausten mukaan paljon terveyskeskuksen palveluja käyttävien henkilöiden määrä olisi pysynyt ennallaan. Yli 10 kertaa vuoden aikana terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneiden määrä on ollut n. 2500 henkilöä molempina vuosina, jolloin kysely on tehty. Juuri tällaisille potilaille tarkoitettuja terveydenhuoltolain mukaisia terveys- ja hoitosuunnitelmia on laadittu 2,5-kertainen määrä vuoden ensimmäisen puoliskon aikana edelliseen kyselyyn nähden, yhteensä 763 kappaletta.

Keskimääräinen hoitoaika terveyskeskusten vuodeosastoilla Pirkanmaalla vuonna 2013 oli 26,2 vuorokautta, joka on selvästi valtakunnan keskiarvoa 21,6 vuorokautta korkeampi. Vuoteen 2012 nähden keskimääräinen vuodeosastojakson kesto on pidentynyt 3,2 vuorokautta. Vaihtelu hoitajaksojen kestossa on suurta: lyhimmat vuodeosastojaksot olivat jälleen Juupajoella (6,4 vuorokautta), ja pisimmät tällä kertaa Tampereella (49,3 vuorokautta). Vuodeosastojen keskimääräisen hoitoajan kasvu todennäköisesti kertoo vaikeuksista potilaiden "kotiuttamisessa". Vanhuksille ja vajaakuntoisille sopivia asumis- ja palveluratkaisuja tarvitaan lisää, mikäli vuodeosastojen hoitajaksojen sisältöä halutaan kehittää niiden alkuperäiseen tarkoituksen suuntaan, sairauksien akuuttien vaiheiden hoitoon ja kuntouttavaan toimintaan.

Näiden mittareiden perusteella perusterveydenhuollon vahvistumisesta on vaikea puhua, vaan pikemminkin tilanne näyttää keskimäärin heikentyneen PSHP:n jäsenkuntien alueella. Terveyskeskuslääkäripalvelujen saatavuus näyttää hieman heikentyneen, ikäihmisten päivystyksen käyttö näyttää lisääntyneen ja vuodeosastojen hoitajaksojen pituus kasvaneen, ja myös taloudelliset voimavarat ovat reaalisesti vähentyneet. Osa näistä ei ole riippuvainen pelkästään terveydenhuollon organisaatioista, vaan vaatii yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa, sekä panostuksia ikäihmisille soveltuvaan asuntotuotantoon.

Kuntien erikoissairaanhoidon palveluiden järjestäminen

Hyväksytyyn järjestämissuunnitelmaan on kirjattu, että nykyisistä erikoissairaanhoidon palveluista on mahdollista kilpailuttaa n. 10-20%. Arvio perustuu Tampereen ympärillä olevien kehyskuntien kokemuksiin. Heidän arvionsa mukaan kilpailuttaminen voi onnistuessaan tuoda säästöjä n. 10-30% verrattuna sairaanhoitopiirin vastaaviin hintoihin.

Webropol-kyselyssä on aiemmin kysytty, kuinka monen eri erikoisalalan konsultaatiota on terveyskeskuksella käytettävissään, mutta tämä kysymys poistettiin tänä vuonna, koska se katsottiin tarpeettomaksi. Aiemmin sairaanhoitopiiri ei ole tarjonnut konsultaatiopalveluita (erikoislääkärikonsultaatio, jossa hoitovastuu kuitenkin säilyy terveyskeskuksessa) kunnille, mutta tällainen palvelu on saatavilla. Raporttia varten ei kuitenkaan ollut käytettävissä hintatietoja, palvelujen saatavuutta ja palvelujen käyttömääriä eri kuntien osalta, joten järjestämissuunnitelman kirjausta on vaikea tutkia sen tarkemmin.

Erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämiseen liittyy osaltaan myös terveydenhuoltolain asteittain mukanaan tuoma potilaan vapaus valita erikoissairaanhoidon hoitopaikkansa. Näin ollen kunta ei voi enää kaikilta osin tarkasti määrittää, mistä erikoissairaanhoidon palvelut tulee hankituksi. Tähän liittyen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella on vuoden 2014 aikana ollut kiistaa valinnanvapauden piirissä olevista terveydenhuollon yksiköistä. Sosiaali- ja terveysministeriöstä pyydetyn viranomaislausunnon perusteella Jokilaakson sairaala Jämsässä ei kuuluisi valinnanvapauden piiriin, ja ei näin ollen ole potilaiden valittavissa. Asia on kiistanalainen, eikä asiasta ole toistaiseksi olemassa tuomioistuimen päätöstä. Myös eduskunnan oikeusasiamies on ilmoittanut ottaneensa tutkittavaksi asiaan liittyvän kantelun.

Kuntien ostamista erikoissairaanhoidon palveluista ei ole helposti saatavilla tietoa. Perusterveydenhuollon sujuvan toiminnan kannalta kuitenkin toimiva eri erikoisalojen konsultaatiojärjestelmä on erittäin tärkeä. Juridisesti epäselvä tilanne terveydenhuollon valinnanvapauspykälien tulkinnasta hankaloittaa PSHP:n jäsenkuntien yhteistyötä.

Päihde- ja mielenterveyspalvelut

Järjestämissuunnitelmassa päihde- ja mielenterveyspalvelujen osalta on tavoitteeksi kirjattu avopalveluiden kehittäminen ja samanaikainen laitospaikkojen purkaminen. Lisäksi palvelujärjestelmän pirstaleisuutta halutaan vähentää. Tähän tavoitteeseen pyritään sijoittamalla päihde- ja mielenterveyspalvelut samaan organisaation tehtäväksi.

Vuoden 2014 aikana valmistui asiantuntijaselvitys aikuispsykiatrian sairaalahoidon järjestämisestä Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä vuosina 2015 – 2025. Selvityksen mukaan Pirkanmaalla on 0,73 aikuispsykiatrista sairaansijaa/1000 yli 18-vuotiasta asukasta. Järjestämissuunnitelmaan kirjattu tavoite on 0,5 sairaansijaa/1000 asukasta. Jotta tavoitetaso saavutettaisiin nykyväestöllä, olisi vähennystarve n. 100 sairaansijaa. Selvityksen perusteella vuosien 2015-2025 välisenä aikana olisi mahdollista asteittain sulkea n. 100 sairaansijaa, jos avohoidon palveluita lisätään ja kehitetään samanaikaisesti. Väestöennusteet huomioiden tämä johtaisi n. 0,44 sairaansijaan/1000 asukasta. Sairaansijojen vähentäminen tässä mittakaavassa tarkoittanee yhden sairaalayksikön sulkemista.

Tampereen kaupunki on vuoden 2014 aikana päättänyt vähentää palveluostojaan A-klinikkasäätiöltä, ja lisäävänsä omia päihde- ja mielenterveyspalvelujen tuotantoaan. Tavoitteena on saada päihdepalvelut integroitumaan paremmin muihin terveyspalveluihin, erityisesti

mielenterveyspalveluihin. Käytännössä aikaisemmat A-klinikan palvelut integroidaan kaupungin organisaatioon, ja perustetaan mielenterveys- ja päihdeyksikkö. Varsinaisesti toiminnot näiltä osin alkavat vasta 1.6.2015 alkaen.

Vuosien 2011-2013 psykiatrisen palvelutuotannon määrä on ollut laskussa. Laitoshoitajaksojen määrä on vähentynyt 8,1 hoitajaksosta/1000 asukasta 7,1 hoitajaksoon/1000 asukasta. Laitoshoitopäivien määrä puolestaan on laskenut samana aikana 237,9 hoitopäivästä/1000 asukasta 219,4 hoitopäivään/1000 asukasta. Vaihtelu kuntien välillä on suurta: Vähiten hoitajaksoja oli Kuhmoisissa (2,9 hoitajaksoa/1000 asukasta) ja eniten Urjalassa (12,1 hoitajaksoa/1000 asukasta), jossa hoitajaksoja on noin nelinkertaisesti Kuhmoisiin nähden ja 1,5-kertaisesti Pirkanmaan keskiarvoon nähden. Samanlaisia eroja on myös psykiatristen avohuollon käyntien määrissä, kuitenkin niin, että kuntakohtaisesti avohuollon käyntimäärät ovat vuodesta toiseen melko samalla tasolla, mutta kuntien välillä on merkittäviä eroja. Näyttää siis siltä, että avohuollon palveluiden määrä on pysynyt suhteellisen muuttumattomana, kun taas laitoshoidon käytössä on vuosien välillä vaihtelua. Laitoskapasiteetti siis näyttäisi toimivan kysyntään vastaavana elementtinä avohoidon määrän pysyessä melko vakiona. Tätä on kuvattu kuvassa 5 kuvaliitteessä.

Jäsenkunnille tehdyssä kyselyssä kaikki vastanneet terveyskeskukset ilmoittavat, että päihdeongelmaisten hoidon koordinointiin on nimetty henkilö, useimmiten sairaanhoitaja. Kahdessa terveyskeskuksessa osallistuu koordinaatioon lisäksi lääkäri. Mielenterveyspotilaille suunnattua palvelua puolestaan kerrotaan olevan 10 terveyskeskuksessa 13 vastanneesta. Myös tässä yleisin ammattiryhmä on sairaanhoitaja, mutta myös psykologeja (Jämsä ja Tampere) ja lääkäreitä (Akaa ja Jämsä) on käytettävissä. Nämä edellä mainitut palvelut eivät näy Sotkanetin tilastoissa, joten niistä on vaikeampi ja työlämpi saada vertailukelpoista tietoa.

Kokonaisuudessa psykiatristen avohuollon käyntien määrä on Pirkanmaalla ollut laskussa, ainakin tilastojen valossa. Jotta tavoite laitospasiteetin purkamisesta olisi toteutettavissa, on avohuollon palveluiden saatavuutta lisättävä etupainotteisesti. Tämä tulee vaatimaan taloudellista panostusta. Nykyisellään saatavilla olevista avopalveluista, erityisesti kuntien tarjoamista päihde- ja mielenterveyspalveluista, ja niiden käyttöasteista ei kuitenkaan ole riittävän tarkkaa tietoa.

Sopimusohjausjärjestelmän uudistaminen

Järjestämissuunnitelmaan on kirjattu tarve uudistaa käytössä olevaa sopimusohjausjärjestelmää. Käytössä ollut sopimistapa ei ole pystynyt riittävästi huomioimaan kuntien maksukykyä, eikä kustannusten ennakoitavuus ole ollut toivotun tarkkaa.

Terveysyhtiöä sopimusohjauksella -projektille on asetettu tavoitteeksi uudistaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja kuntien välistä sopimusohjausta sekä mallintaa tulosperusteista hankintaa ja potilasryhmäkohtaista kokonaishinnoittelua. Sopimusohjauksen kehittäminen perustuu sairaanhoitopiirin strategiaan ja kaupunkiseudun kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämissuunnitelmaan, joiden mukaan sairaanhoitopiirin toiminnan kasvu sovitetaan Pirkanmaan julkisen talouden yleiseen kehitykseen ja palvelusopimusmenettelyä kehitetään yhteistyössä jäsenkuntien kanssa. Sopimusohjauksen kehittäminen edistää sopimusohjauksen muutosta suoritteista sopimisesta kokonaisuuksista ja tuloksista sopimiseen. Keskeistä on tilaajien ja tuottajan välisen vuorovaikutuksen lisääminen suunnitteluvaiheisiin, tietoon perustuva kustannusraaminjous

ohjaamaan neuvottelujen toteuttamista sekä pidemmällä tähtäyksellä vaikuttavuuden lisääminen sopimusohjaukseen. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja kuntien toiminta- ja taloussuunnittelun 2016 – 2018 ja talousarvion 2016 valmistelussa siirrytään toteuttamaan näitä tavoitteita. Sairaanhoitopiirin sopimusohjaus- ja talousarvioprosessissa on huomioitu uudistuksen tuomat muutokset.

Osana sopimusohjausmenettelyn uudistamista käydään kuntien kanssa palvelusopimusneuvottelut maaliskuu- ja huhtikuussa. Sairaanhoitopiirin tuottama erikoissairaanhoidon palvelutuotanto on määritelty hoitopoluiksi. Sairaanhoitopiirin tarjous tilaajarenkaille ja kunnille annetaan potilasryhmäkohtaisina kokonaishintoina eli hoitopolkuina maaliskuussa. Tulosperusteisen hankinnan toteutumista seurataan vaikuttavuuden ja laadun mittaamisen avulla. Palvelutuotannon osalta esitetään toteutettavaksi toiminnallisia ja rakenteellisia muutoksia sekä priorisointeja.

Maaliskuu- ja huhtikuussa käytävien palvelusopimusneuvotteluiden tavoitteena on neuvotella realistinen erikoissairaanhoidon palvelusopimuskehitys kuntien toiminta- ja taloussuunnitteluprosessia varten vuodelle 2016. Maaliskuussa ennen palvelusopimusneuvotteluiden aloittamista Pirkanmaan kuntajohtajista muodostettu pientyöryhmä antaa alustavan kustannusraamin kustannustason nousulle vuoden 2016 pohjaksi käytäville erikoissairaanhoidon palvelusopimusneuvotteluille.

Palvelusopimusneuvottelut käydään potilasryhmäkohtaisina kokonaishintoina eli hoitopolkuina. Hoitopolkuina käytävät palvelusopimusneuvottelut ovat konkreettisemmalla tasolla aikaisempaan neuvottelumenettelyyn verrattuna, jolloin neuvoteltiin euroista sekä hoitopäivien ja käyntien kappalemääristä. Palvelusopimusneuvotteluissa neuvotellaan myös toiminnallisista ja rakenteellisista muutoksista sekä priorisoinneista. Niiden avulla pyritään toiminnan kehittämiseen, potilaan hoitamiseen oikeassa paikassa sekä ennen kaikkea kehittämään palvelutuotannon kustannustehokkuutta, tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Käytyjen palvelusopimusneuvotteluiden tulosten perusteella annetaan lopullinen esitys kustannusraamista vuodelle 2016 toukokuussa pidettävään Pirkanmaan kuntajohtajien kokoukseen. He käsittelevät asian kokouksessaan ja antavat edelleen sairaanhoitopiirin hallitukselle ja kuntien hallituksille esityksen kustannusraamista vuodelle 2016.

Uutta sopimusohjausjärjestelmää ollaan siis ottamassa käyttöön. Koska uutta sopimusjärjestelmää käytetään nyt ensimmäistä kertaa vuoden 2016 suunnitteluprosessiin, on uuden järjestelmän varsinaiset vaikutukset nähtävissä vasta nykyisen terveydenhuollon järjestämissuunnitelman loppumetreillä.

Tietojärjestelmäyhteistyö

Vuoden 2013 seurantaraportin toimenpide-ehdotuksissa tietojärjestelmäyhteistyön osalta on ehdotettu, että yhteistyön alueellinen koordinaatio hoidetaan siten, että mukana ovat alueen kaikki sairaanhoitopiirin jäsenkunnat. Tavoitteena on luoda sujuvasti toimivat yhteydet alueella käytössä olevien tietojärjestelmien välille. Lisäksi sairaanhoitopiirin extranetin käyttöä tiedonvälityskanavana on ollut tavoitteena lisätä, ja mahdollisia ongelmia sen toiminnassa selvitetään.

Vuoden 2014 aikana on saatu päätökseen kuntaliiton koordinoima VAKAVA-hanke, jonka tavoitteena oli luoda sosiaali- ja terveydenhuollon alueellisen tiedonhallinnan ja tietojärjestelmäratkaisujen kehittämistä ohjaava viitearkkitehtuuri. Tampereen kaupungin ja PSHP:n tietohallinnot ovat sopineet aloittavansa elokuussa 2014 säännöllisen yhteistyöfoorumin ICT-asioiden käsittelyyn. Foorumin

tarkoituksena on varmistaa molemminpuolinen tietoisuus SoTe-ICT asioista ja ohjata SoTe-ICT kehittämistä lähtökohtaisesti Kuntaliiton VAKAVA-työssä määriteltyjen kokonaisarkkitehtuuriperiaatteiden pohjalta. Yksinkertaistettuna tavoitteena on jatkossa pyrkiä kehittämään yhteisiin SoTe-puolen tarpeisiin yksi ICT-ratkaisu, ellei joku yhteisesti hyväksytty seikka muuta puolla. Foorumin osallistujia ja toimintaa on alun ICT-painotteisuuden jälkeen tarkoitus laajentaa sisältämään selkeämmin substanssiohjaus ICT-kehittämiselle, sekä rakentaa toimintamallia sekä seudulliseen, että tulevan SoTe-alueen suuntaan. Mahdollisena lopputuloksena on se, että tästä kasvaa kuntaliiton vetämän AKUSTI-työn mukainen alueellinen tietohallinnon yhteistyömalli.

Kehittämistyötä kuitenkin merkittävässä määrin haittaa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiuudistuksen epäselvä tilanne. Vaikka lakiehdotus hyväksyttäisiin sellaisenaan, on tällä hetkellä epäselvää, millaiset tulevat olemaan laissa määriteltyjen SoTe-alueiden ja tuottajaorganisaatioiden välinen työnjako ICT-palveluissa. Kehittämistyötä on siis mielekästä lähteä voimakkaammin edistämään vasta lainsäädännön selvittyä.

Valtakunnallinen potilastiedon arkisto (Kanta) on edennyt vuoden 2014 aikana käyttöönottoaiheeseen. Ensimmäisenä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnista Kantaan liittyi Virrat 24.3.2014. Webropol-kyselyyn vastanneista kunnista Hämeenkyrö on edennyt käyttöönottoon liittyvässä potilaiden informoinnissa nopeimmin: Viikon 43 loppuun mennessä terveyskeskuksen alueella asuvasta väestöstä peräti 60% on saanut informoinnin. Suurin osa vastanneista kuitenkin ilmoitti, että tieto ei ole saatavilla. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri liittyy Kantaan tammikuussa 2015.

Kantaan liittyneet PSHP:n jäsenkunnat ja liittymispäivät:

Akaan perusturvatoimi	02.10.2014
Hämeenkyrön perusturvapalvelut	22.05.2014
Ikaalisten sosiaali- ja terveystoimi	26.05.2014
Jämsän kaupungin sote	09.06.2014
Lempäälän terveyskeskus	24.09.2014
Nokian perusturvakeskus	20.05.2014
Sastamalan seudun sosiaali- ja terveystoimi	25.11.2014
Tetola, Tampere	20.11.2014
Valkeakosken sosiaali- ja terveyskeskus	02.10.2014
Virtain perusturva	24.03.2014
Ylöjärven perusturvaosasto	26.08.2014

Sähköinen lääkemääräys otettiin käyttöön julkisessa terveydenhuollossa jo vuoden 2013 aikana, ja sen käyttö on yleistynyt varsin nopeasti. Webropol-kyselyn mukaan PSHP:n alueella syyskuun aikana suurimmassa osassa kuntia yli 90% kirjoitetuista lääkemääräyksistä kirjoitettiin sähköisinä, Pirkanmaan keskiarvon ollessa 93%. Vähiten sähköisiä lääkemääräyksiä kirjoitettiin Mänttä-Vilppulassa (70%) ja Kangasalla (81,9%). Vaikka sähköisen lääkemääräyksen käyttöönottoon on liittynyt lukuisia teknisiä ongelmia, näyttää se saavuttaneen varsin suuren käyttöasteen lyhyessä ajassa.

Kansalliseen terveysarkistoon kuuluvista palveluista sähköinen lääkemääräyksen käyttö on yleistynyt varsin nopeasti. Potilastiedon arkiston käyttöönotto on edelleen käynnissä Pirkanmaan alueella. ICT-yhteistyön kehittäminen kärsii suuresti keskeneräisestä sosiaali- ja

terveydenhuollon reformista. Käynnissä on kuitenkin kehitystyö, jossa pyritään luomaan toimintamalli niin seudulliseen kuin valtakunnalliseen yhteistyöhön.

Järjestämissuunnitelman toteuttaminen kunnissa ja sairaanhoitopiirissä

Terveydenhuollon järjestämissuunnitelman laadinta, seuranta ja päivittäminen perustuu terveydenhuoltolain asettamaan velvoitteeseen. Varsinainen suunnitelman toteuttaminen ei kuitenkaan ole minkään yksittäisen tahon velvoite, vaan perustuu eri toimijoiden tekemiin suunnitelman mukaisiin toimiin. Vastuu suunnitelman toteuttamisesta on siis kaikilla jäsenkunnilla ja sairaanhoitopiirillä.

Kaikki kunnille tehtyyn webropol-kyselyyn vastanneet kunnat ilmoittavat hyvin samankaltaisesti käsitelleensä järjestämissuunnitelmaa ja sen tavoitteita vähintäänkin asianomaisessa lautakunnassa, johtoryhmässä ja/tai kunnan hallituksessa. Kuitenkin vain muutamista vastauksista käy ilmi, että järjestämissuunnitelma huomioitaisiin aktiivisesti operatiivisessa toiminnassa.

Järjestämissuunnitelman seurantaryhmän kokouksissa on pyritty seuraamaan kuntien ilmoitusten perusteella suunnitelman toteutuksen edistymistä. Suunnitelmaan kirjatuista linjauksista on hoitotarvikkeiden ja lääkkeiden hankinnan keskittäminen on edennyt. Tietojärjestelmäyhteistyön osalta sairaanhoitopiirin extranet-verkon alueellinen kattavuus on parantunut. Lääkinnällisen kuntoutuksen alueellinen kehittämistyöryhmä on perustettu. Lisäksi palliatiivisen hoidon tukisosastoverkosta ja hoidon porrastusta on aktiivisesti työstetty.

Toimenpide-ehdotukset

1. Ikäihmisten akuuttihoitoa varten laaditaan oma hoitoketjuna, jonka toteutumista seurataan kunnittain

Keskeistä on

- tarjota eriasteisten palveluiden piirissä olevalle ikääntyvälle väestölle heidän tarvitsemansa riittävät palvelut kaikkina vuorokauden aikoina, ja
- varmistaa riittävä kiireellisesti annettavien palveluiden saatavuus kotona ja palveluasunnoissa asuville virka-aikaan omassa kunnassa, jotta päivystyksen käyttöä voitaisiin vähentää
- varmistaa, että mahdolliset hoitotahdonilmaukset tulevat huomioiduksi ja ovat kirjattu kansalliseen potilastiedon arkistoon
- että seurannalle on nimetty vastuullinen taho.

2. Paljon palveluita käyttäville laaditaan yksilölliset terveys- ja hoitosuunnitelmat

- Pelkkä terveys- ja hoitosuunnitelmien laadinta ei kuitenkaan ole riittä, on luotava keinoja toteutumisen seurantaan.
- Terveys- ja hoitosuunnitelmissa tulee huomioida myös akuutit palvelutarpeen muutokset

3. Psykiatrian rakennemuutosta viedään eteenpäin parantamalla perustason päihde- ja mielenterveyspalveluiden saatavuutta

- Avopalveluiden tilastointia täytyy kehittää yhdenmukaisella tavalla, jotta saatavuudesta saataisiin vertailukelpoista tietoa myös kuntien tarjoamista päihde- ja mielenterveyspalveluista
- Kuntien tarjoamissa avopalveluissa tulee huomioida myös kyky reagoida akuutteihin palvelutarpeisiin

4. Tietojärjestelmäyhteistyö

- Vuoden 2015 aikana luodaan PSHP:n jäsenkuntien ja sairaanhoitopiirin kesken konkreettinen suunnitelma tietojärjestelmäyhteistyöstä, jossa huomioidaan sekä lähitulevaisuuden että pidemmän aikavälin yhteistyötarpeet.